

RM en el diagnóstico diferencial de lesiones retroorbitarias: diagnóstico de pseudotumor orbitario

MR in the differential diagnosis of retroorbital disease: diagnosis of orbital pseudotumor

VERDEJO GIMENO C¹, GARCÍA-DELPECH S¹, SORIANO LAFARGA A¹,
NAVARRO PIERA J¹, CAPMANY ROS L², PÉREZ SILGUERO D¹

RESUMEN

Caso clínico: Presentamos una paciente de 65 años de edad con una disminución brusca de agudeza visual en ambos ojos, y posterior aparición de vómitos y diplopía. La exploración con TC reveló la presencia de una lesión ocupante de espacio (LOE) bilateral a nivel retroorbitario compatible con: miositis orbitaria, pseudotumor orbitario, tumor neurológico, enfermedad granulomatosa crónica o hemangioma cavernoso. El estudio con RM señaló como primera posibilidad diagnóstica la existencia de hemangiomas cavernosos, siendo el pseudotumor orbitario una segunda posibilidad menos probable. Tras instaurarse tratamiento con corticoides por vía oral a altas dosis mejoró espectacularmente el cuadro clínico y radiológico, estableciéndose el diagnóstico de pseudotumor orbitario en base al tratamiento administrado.

Discusión: La RMN no aportó información adicional a los resultados de la TC en un caso de pseudotumor orbitario.

Palabras clave: Diplopía, TC orbitario, pseudotumor orbitario bilateral, corticoides.

Servicio de Oftalmología. Hospital Francisc de Borja de Gandía. Valencia. España.

¹ Doctor en Medicina y Cirugía.

² Licenciado en Medicina y Cirugía.

Presentado como comunicación en panel en el LXXVII Congreso de la SEO (Barcelona, 2001).

Correspondencia:

Cristina Verdejo Gimeno

Avda. Autopista del Saler, 12, 58

46013 Valencia

España

E-mail: crisverdejo@hotmail.com

SUMMARY

Case report: We report the case of a 65-year-old woman with acute onset of decreased visual acuity in both eyes, followed of vomiting and diplopia. The examination with CT scan showed a posterior bilateral orbital space-occupying lesion (OSL) with possible diagnosis of: orbital myositis, orbital pseudotumor, neurologic tumors, chronic granulomatous disease or cavernous hemangioma. MR examination pointed cavernous hemangiomas as first diagnosis possibility, followed by orbital pseudotumor. After high doses oral systemic corticosteroids treatment, a clinical and radiologic improvement were observed, confirming the diagnosis of orbital pseudotumor by the therapy initiated.

Discussion: MR did not add specificity to the CT scan appearance in a case of orbital pseudotumor.

Key words: Diplopia, orbital CT scan, orbital pseudotumor, corticosteroids.

INTRODUCCIÓN

La inflamación aguda idiopática de los tejidos perioculares se caracteriza por la rápida instauración de signos inflamatorios en la órbita, con posible afectación perineural, de la glándula lagrimal, región peribulbar o musculatura ocular extrínseca (1). Representa entre un 5-6% de la patología orbitaria. Clínicamente el paciente presenta dolor orbitario agudo, proptosis, restricción de la motilidad ocular, inyección conjuntival y quemosis. La agudeza visual se reduce si se afecta el nervio óptico o la esclera posterior. Debe ser confirmado el diagnóstico mediante ecografía y TC. La rápida respuesta a los corticoides ayuda a confirmar el diagnóstico. La mayoría de los casos son unilaterales, por lo que ante una afectación bilateral en adultos se debe descartar una vasculitis sistémica (ej.

granulomatosis de Wegener, poliarteritis nodosa) y un linfoma.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de una mujer de 65 años que acudió a nuestro servicio por disminución de agudeza visual en ambos ojos con posterior aparición de vómitos y diplopia. No tenía antecedentes patológicos de interés. En la exploración oftalmológica la agudeza visual en ojo derecho (OD) era de 0,5 y en ojo izquierdo (OI) era de 0,4. La presión intraocular era de 13 mmHg en OD y 17 mmHg en OI. En la biomicroscopia destacó una ligera quemosis conjuntival temporal en OD. La exoftalmometría era de 21,5 mm en OD y 17 mm en OI. El fondo de ojo era normal.

La exploración ecográfica mostró una imagen de ecogenicidad negativa en ambas órbitas. La TC (fig. 1) mostró una LOE retro-orbitaria en OD de 2,2 x 1,5 cm, captadora de contraste, que desplaza el nervio óptico hacia arriba. En OI se observa una masa de densidad similar al OD de localización basal posterior interna, siendo los hallazgos compatibles (por orden de probabilidad) con: miositis orbitaria, pseudotumor orbitario, tumor neurogénico, enfermedad granulomatosa crónica o hemangioma cavernoso. Se recomendaba la solicitud de una RM, que mostró lesiones isointensas a los músculos en T1 e hiperintensas en T2 con captación de con-



Fig. 1: Imagen de TC axial. LOE retro-orbitaria en OD de 2,2 x 1,5 cm, captadora de contraste. En OI se observa una masa de densidad similar al OD de localización basal posterior interna.

traste irregular en OD y homogénea en OI. El tamaño de la lesión es 16 x 14 mm OD y 10 x 9 mm OI (fig. 2). Se sugiere como primera posibilidad diagnóstica un hemangioma cavernoso y como segunda menos probable una miositis orbitaria.

Analizando los hallazgos clínicos, y a pesar del diagnóstico radiológico, nuestra primera sospecha fue de pseudotumor orbitario, por lo que decidimos pautar tratamiento con corticoides sistémicos (1 mg/kg peso/día) siendo la evolución de la paciente satisfactoria.

Durante este tiempo, la paciente fue sometida a una analítica completa, radiografía de tórax y valoración por medicina interna para descartar una vasculitis sistémica o una enfermedad linfoproliferativa.

A los tres meses se realizó una RM de control, no observándose ninguna lesión patológica en ambas órbitas (fig. 3).

DISCUSIÓN

Nuestro paciente representa un caso atípico de pseudotumor orbitario, por su forma de presentación bilateral en un adulto (2). La bilateralidad hizo que nos planteáramos diagnósticos como la granulomatosis de Wegener, la poliarteritis nodosa o un linfoma, que quedaron descartados por la anamnesis, las analíticas correspondientes y la valoración por el internista.

En nuestro caso, la mejora espectacular del cuadro clínico y radiológico, mediante el tratamiento con corticoides por vía oral a altas dosis (3), confirmó el diagnóstico de pseudotumor orbitario.

Por todo ello planteamos que, ante una sospecha clínica elevada de pseudotumor orbitario, la RM como prueba complementaria, no aporta información adicional a los resultados obtenidos con la TC (4), por lo que consideramos que la TC es más eficaz que la RM en la valoración de la patología orbitaria.

Sin embargo, la RM tiene claras ventajas sobre la TC en un importante número de ano-

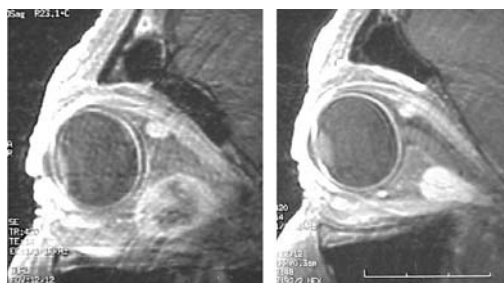


Fig. 2: Imágenes de RM. Lesiones isointensas a los músculos en T1 e hiperintensas en T2 con captación de contraste irregular en OD y homogénea en OI.

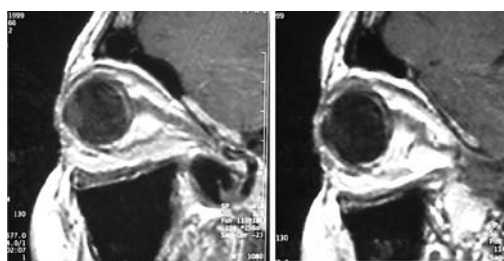


Fig. 3: Imágenes de RM tras tres meses de tratamiento, no observándose ninguna lesión patológica en ambas órbitas.

malías orbitarias, tales como la diferenciación entre lesiones del nervio óptico y lesiones periorbitarias, diferenciación entre pseudotumor inflamatorio y otros procesos neoplásicos malignos en pacientes con presentación clínica similar (5), así como en la detección de lesiones tumorales con focos hemorrágicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mombaerts I, Goldschmeding R, Schlingemann RO et al. What is orbital pseudotumor? *Surv Ophthalmol* 1996; 42: 66-78.
2. Demirci H, Shields CL, Shields JA et al. Orbital tumors in the older adult population. *Ophthalmology* 2002; 109: 243-248.
3. Leone CR Jr, Lloyd WC III. Treatment protocol for orbital inflammatory disease. *Ophthalmology* 1985; 92:1325-1331.
4. Weber AL, Romo LV, Sabates NR. Pseudotumor of the orbit. Clinical, pathologic, and radiology evaluation. *Radiol Clin North Am* 1999; 37: 151-168.
5. Cytryn AS, Putterman AM, Schneck GL et al. Predictability of magnetic resonance imaging in differentiation of orbital lymphoma from orbital inflammatory syndrome. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 1997; 13: 129-134.